

Screening-ID



FRAGEBOGEN ZUM MAMMOGRAPHIE-SCREENING

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus und geben Sie ihn bei der Untersuchung ab. Vielen Dank!

1 | PERSÖNLICHE DATEN

Vorname:	Nachname:
Straße:	
PLZ, Wohnort:	Telefon:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Geburtsname:	Krankenkasse:

2 | ANGABEN ZU IHRER FRAUENÄRZTIN/IHREM FRAUENARZT, IHRER HAUSÄRZTIN/IHREM HAUSARZT

Sollen wir Ihre/n Frauenärztin/-arzt oder Ihre/n Hausärztin/-arzt über das Untersuchungsergebnis informieren? Ja nein

Falls ja, bitte ausfüllen:
Frauenarzt/Frauenärztin Name: Ort:

Hausarzt/Hausärztin Name: Ort:

3 | ANGABEN ZU FRÜHEREN MAMMOGRAPHIE-AUFNAHMEN

Sind bei Ihnen schon früher Mammographie-Aufnahmen angefertigt worden? Ja nein

Falls ja: Wann wurden die letzten Mammographie-Aufnahmen angefertigt? Monat/Jahr

Wo wurden die letzten Mammographie-Aufnahmen erstellt? Ja nein

Hier im lokalen Screening Ja nein

In einem anderen Screeningprojekt Ja nein

Bei einem/einer anderen Arzt/Ärztin Ja nein

Name/Adresse

Dürfen wir die Bilder anfordern? Ja nein

Bitte wenden →

Screening-ID

4 | SIND SIE SCHON EINMAL AN DER BRUST ERKRANKT ODER OPERIERT WORDEN?

Ja nein

	links/rechts			
Diagnose Brustkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum letzte Diagnose	(Monat/Jahr)
Anzahl Brustoperationen:	Datum letzte Operation	(Jahr)
Entfernung der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum letzte Operation	(Jahr)
Brustimplantate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum letzte Operation	(Jahr)
Brustverkleinerung/ Brustvergrößerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum letzte Operation	(Jahr)
Brusterhaltende OP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum letzte Operation	(Jahr)
Sonstige Operation/ Gewebeentnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum letzte Operation	(Jahr)

**5 | HABEN SIE IN LETZTER ZEIT EINE VERÄNDERUNG DER BRUST BEMERKT,
DIE BEI IHNEN BESORGNIS ERREGT?**

Ja nein

	links/rechts	
Tastbare Knoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dellen oder Verhärtungen der Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Äußerlich sichtbare Verformungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautveränderungen oder Einziehungen der Brustwarze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutungen oder andere flüssige Absonderungen aus der Brustwarze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich habe das Merkblatt zum Mammographie-Screening-Programm, das ich zusammen mit der Einladung erhalten habe, gelesen und verstanden.

Datum | Unterschrift der Teilnehmerin

Dieser Abschnitt wird nur vom Screening-Personal ausgefüllt

Angaben kontrolliert/ausgefüllt von: (MTRA)

ERKLÄRUNG ZUM VERZICHT

Name/Vorname: Geburtsdatum:

Ich bin durch die der Einladung beigefügten Unterlagen über die wesentlichen Vor- und Nachteile des Mammographie-Screening-Programms informiert und verzichte auf mein Recht auf ein zusätzliches persönliches Aufklärungsgespräch durch eine Ärztin oder einen Arzt des Programms vor der Untersuchung.

Datum | Unterschrift